

## 日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性

—地域高齢者を対象とした検討—

イワサ ハジメ 岩佐 一\*1    ゴンドウ ヤスユキ 権藤 恭之\*3    マスイ ユキエ 増井 幸恵\*4    イナガキ ヒロキ 稲垣 宏樹\*2    カワアイ チェコ 河合 千恵子\*3  
 オオツカ リカ 大塚 理加\*4    オガワ まどか\*5    タカヤマ ミドリ 高山 緑\*6    イムタ ヒロミ 藺牟田 洋美\*7    スズキ タカオ 鈴木 隆雄\*8

**目的** 世界保健機関が精神的健康の測定指標として推奨する「WHO-5 精神的健康状態表」(WHO5)の信頼性ならびに妥当性の検討を行った。

**方法** 64～89歳の地域高齢者1,098人(男性423人,女性675人)を分析の対象とした。WHO5は、日常生活における気分状態を対象者本人に問う5つの質問項目(例:「最近2週間,あなたは、明るく,楽しい気分でも過ごすことができましたか」)から構成される。各質問項目について6件法で回答を求め,各項目の素点を加算しWHO5総得点を算出した(得点範囲:0～25点,得点が高いほど精神的健康が良好であることを意味する)。既存の精神的健康測定尺度(General Health Questionnaire 28項目版(GHQ), Philadelphia Geriatric Center morale scale (PGCモラル尺度)),社会経済的要因(教育歴,ひとり暮らし,経済状態,ソーシャル・サポート),身体的要因(1年以内の入院有無,生活習慣病(脳卒中,心臓病,高血圧,糖尿病,がん),身体的痛み,高次生活機能(老研式活動能力指標で測定),握力,健康度自己評価)を測定し分析に用いた。

**結果** WHO5の5項目における係数は男女とも0.81であった。WHO5総得点には性差が認められなかった。WHO5総得点には年齢差が認められ,80歳以上の高齢者は64～69歳の高齢者よりも得点が低いことが示された。WHO5総得点と,既存の精神的健康測定尺度(GHQならびにPGCモラル尺度)や,社会経済的要因(教育歴,ひとり暮らし,経済状態,ソーシャル・サポート)ならびに身体的要因(1年以内の入院,生活習慣病,身体的痛み,握力,高次生活機能,健康度自己評価)との関連が見いだされた。

**結論** WHO5は信頼性ならびに妥当性を有しており,地域高齢者の精神的健康を測定する簡易的尺度として有用であることが考えられる。

**キーワード** WHO-5 精神的健康状態表, 地域高齢者, 信頼性, 妥当性, 横断調査

## 緒 言

現在わが国は,世界最高水準の平均寿命を獲得した。そのなかで,「サクセスフルエイジング(幸福な老い)」を達成するためには,身体

面の健康だけでなく,精神面の健康を維持することが必要である。高齢期における精神的健康の悪化は,「生活の質(QOL)」を大きく損なうだけでなく,自殺<sup>1)</sup>,心筋梗塞への罹患<sup>2)</sup>,心臓病死<sup>3)</sup>,死亡<sup>4)</sup>,生活機能低下<sup>5)</sup>,体力低

\*1 東京都老人総合研究所自立促進と介護予防研究チーム主任研究員 \*2 同研究助手

\*3 東京都老人総合研究所福祉と生活ケア研究チーム研究員 \*4 同客員研究員

\*5 桜美林大学大学院国際学研究科大学院生 \*6 慶應義塾大学理工学部准教授

\*7 首都大学東京健康福祉学部准教授 \*8 東京都老人総合研究所副所長

下<sup>6)</sup>、医療機関受診回数の増加<sup>7)</sup>、医療費の増加<sup>7)8)</sup>の危険因子であるため看過できない問題である。

先行研究では、精神的健康の指標として、Geriatric Depression Scale (GDS)<sup>9)</sup>、Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D)<sup>10)</sup>、General Health Questionnaire (GHQ)<sup>11)12)</sup>、MOS Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36)<sup>13)</sup>、Philadelphia Geriatric Center Morale scale (PGC モラル尺度)<sup>14)15)</sup>などの尺度が用いられてきた。しかしながら、上記尺度は、高齢者を対象とした地域調査において実施するには項目数が多いという欠点がある。

近年、世界保健機関 (WHO) は、簡易的な精神的健康の指標として「WHO-5 精神的健康状態表」(以下、WHO5)を開発し、使用を推奨している<sup>16)-18)</sup>。WHO5は、日常生活における気分状態を対象者本人に問う5つの質問項目(例:「最近2週間、あなたは、明るく、楽しい気分で過ごすことができましたか」)から構成されており、短時間で精神的健康状態の測定が可能であるという利点を有する。WHO5の日本語版は、Awataら<sup>17)18)</sup>により、原版(英語版)との等価性の確認ならびに標準化の手続きを含む諸過程を経て作成されている。

WHO5を用いて高齢者の精神的健康を検討した報告は国内においては少なく、基礎資料が不足している。そこで本研究は、地域高齢者を対象として、WHO5総得点の分布形状の確認、WHO5総得点の性別・年齢別比較、WHO5総得点の信頼性の検討、WHO5総得点の妥当性の検討、を行った。妥当性検討のための外部基準としては、既存の精神的健康測定尺度(GHQならびにPGCモラル尺度)、精神的健康の規定要因である社会経済的要因(教育歴、ひとり暮らし、経済状態、ソーシャル・サポート)<sup>19)22)</sup>、身体的要因(1年以内の入院有無、生活習慣病、身体的痛み、高次生活機能、握力、健康度自己評価)<sup>9)23)-27)</sup>を使用した。

## 研究方法

### (1) 対象者

東京都板橋区に在住する64歳から89歳の高齢者を対象として調査を実施した。この対象者は、東京都老人総合研究所が実施している長期縦断研究(「中年からの老化予防総合的長期追跡研究(TMIG-LISA)心理班」)<sup>28)</sup>の追跡コホートである。調査開始時点である1991年10月1日時点の、住民基本台帳に記載された住所から等間隔抽出法により、ほぼ28人おきに4,510人をサンプリングした。第1回目調査における有効票は3,097であった。

本調査は、第1回目調査から15年目の追跡調査である。第1回目調査(1991年)に参加した3,097人の、板橋区住民基本台帳から判明した2005年4月1日時点における転居状況は、区内生存2,067人、区外生存133人、死亡471人、転居後生死不明426人であった。区内生存2,067人に調査参加の依頼状を送付し、最終的に得られた有効票は1,169であった(調査参加率56.6%、男性456人、女性713人)。そのうち、本人回答は1,121人、体調不良のため家族による代理回答は48人であった。本研究では、有効票1,169のうち、WHO5を実施できなかった71人をすべての分析から除外し、1,098人を分析の対象とした(男性423人、女性675人)。分析対象者1,098人はすべて対象者本人から回答を得た。

### (2) 調査手続き

80歳以上の高齢者には訪問調査を、80歳未満の高齢者には区内の公共施設に対象者を招いて実施した招へい調査と訪問調査を併用して実施した。事前に十分な訓練を受けた調査員が後述する調査項目を実施した。調査は対象者1人当たり1時間半程度を要した。

### (3) 目的変数

WHO5は、各質問項目について6件法で回答を求め(経験頻度が、0:「全く無い」から5:「いつも」の6段階)、5項目の素点を加算して

「WHO5 総得点」を算出した（得点範囲：0～25点）。この得点が高いほど精神的健康が良好であることを意味する。WHO5 総得点が13点未満の場合には、ICD-10による大うつ病調査表を実施することが推奨される<sup>16)</sup>。本研究では、WHO5 総得点が13点未満の者を「精神的健康悪化」者として定義した。なお、WHO5 の調査項目は、インターネット上から入手可能である<sup>16)</sup>。

#### (4) 外部基準

以下の項目を WHO5 の妥当性検討の外部基準として用いた。

GHQ は28項目版<sup>11)</sup>を実施した（得点範囲：0～28点）。GHQ 得点は、得点が高いほど精神的健康状態が悪いことを意味する。GHQ の日本語版は、標準化手続きがすでに行なわれている<sup>11)29)</sup>。

PGC モラル尺度<sup>14)15)</sup>は、「現在の生活に満足していますか」「今、若い頃と同じくらい幸せと思いますか」等の17項目から構成され（一部、逆転項目を含む）、各項目について、「はい」もしくは「いいえ」の二者択一で回答を求めた。「はい」と回答した項目について1点を与え、その合計値を算出した（得点範囲：0～17点）。各項目に欠損値があった場合には、欠損があった項目以外のすべての項目における平均値を欠損値に代入した。PGC モラル尺度得点は、得点が高いほど主観的幸福感が良好であることを意味する。PGC モラル尺度の日本語版は、標準化手続きがすでに行なわれている<sup>30)31)</sup>。

教育歴は、対象者の自己報告をもとに、最終学歴が初等教育の者に1、それ以上の者に0を与えて2値で整理した。

ひとり暮らしは、「独居」に1を、「家族と同居」に0を与えて2値で整理した。

現在の経済状態について5件法（1：「非常に困っている」、2：「やや苦勞している」、3：「どちらともいえない」、4：「あまり苦勞していない」、5：「全く苦勞していない」）で回答を求め、前二者を「経済状態（悪い）」とし

て1を、後三者を「経済状態（良い）」として0を与えて2値で整理した。

ソーシャル・サポートの測定には、Zimetら<sup>32)</sup>が開発した12項目から成る尺度（Multidimensional Scale of Perceived Social Support）の7項目短縮版<sup>33)</sup>を使用した（例：「私には困った時にそばにいてくれる人がいる」）。回答は7件法（1：「全くそう思わない」～7：「非常にそう思う」）で求め、7項目の平均値を算出しソーシャル・サポート得点とした（得点範囲：1～7点）。得点が高いほどソーシャル・サポートを多く受領していることを意味する。男女別に対象者を中央値で2群に分割した。なお、ソーシャル・サポート尺度の日本語版（12項目版、7項目短縮版ともに）は、標準化手続きがすでに行なわれている<sup>33)</sup>。

1年以内の入院有無は、「入院（有り）」に1、「入院（無し）」に0を与えて2値で整理した。

5つの生活習慣病（脳卒中、心臓病、高血圧、糖尿病、がん）について、それぞれ、「疾病（有り）」に1を、「疾病（無し）」に0を与えて2値で整理した。

身体的痛みについて、痛みを有する場合に1、無い場合に0を与えて2値で整理した。

老研式活動能力指標総得点（13点満点）を用いて高次生活機能を評価し<sup>34)</sup>、先行研究<sup>35)</sup>を参考として11点未満を「高次生活機能（非自立）」として1を、11点以上を「高次生活機能（自立）」として0を与えて2値で整理した。

握力は、スメドレー式握力計（株ヤガミ製）を用い立位で測定した。男女別に対象者を中央値で2群に分割した。

健康度自己評価は4件法（「とても健康だと思う」「まあ健康だと思う」「あまり健康でないと思う」「健康でないと思う」）で回答を求め、「あまり健康でないと思う」もしくは「健康でないと思う」と回答した者に1を、「とても健康だと思う」もしくは「まあ健康だと思う」と回答した者に0を与えて2値で整理した。

#### (5) 統計解析

対象者属性の性差について検討するため、連

続量にはt検定，離散量には $\chi^2$ 検定をそれぞれ行った。WHO 5の性差について検討するため，男女間でのWHO 5総得点の比較をWilcoxonの順位和検定により行った。WHO 5の年齢差について検討するため，年齢群間でのWHO 5総得点の比較をKruskal-Wallis検定により行った。年齢は，対象者の年齢をもとに64～69歳，70～74歳，75～79歳，80歳以上の4群を設けた。年齢群間の多重比較は，Bonferroniの方法により有意水準を調整したうえで（ $p < 0.0083$ とした），Wilcoxonの順位和検定により行った。WHO 5の信頼性について検討するため，内的整合性の指標であるクロンバクの係数を性別に算出した。WHO 5の妥当性について検討するため，WHO 5総得点と外部基準間の関連を検討した。WHO 5総得点と精神的健康測定尺度（GHQならびにPGC

モラル尺度）の関連については，各変数間におけるSpearmanの順位相関係数の算出，散布図の呈示を性別に行った。WHO 5総得点と社会的要因，身体的要因の関連については，Wilcoxonの順位和検定を実施した。すべての解析は，統計パッケージSAS（Version 9.1）で行った。

（6）倫理的配慮

本研究は，東京都老人総合研究所の倫理委員会の承認を受けて実施した。本調査実施に先立ち，調査主旨について説明するとともに，本調査は強制ではないこと，調査途中でも回答を中止できること，取得されたデータは匿名化されて使用されるため個人情報には守られること，本調査への協力を拒否しても，対象者には不利益は生じないことを調査対象者に伝え，調査協力の同意を署名で得た後調査を行った。

表1 対象者基本属性

	男性	女性	検定 <sup>1)</sup>
人数(人)	423	675	-
年齢(歳)	73.5±6.2	73.7±6.2	ns
教育歴(%)			ns
初等教育	27.6	33.0	
中等教育以上	72.4	67.0	
ひとり暮らし(%)			**
独居	7.6	21.0	
家族と同居	92.4	79.0	
健康度自己評価(%)			ns
悪い	21.0	25.4	
良い	79.0	74.6	
高次生活機能(%)			*
非自立	39.2	32.9	
自立	60.8	67.1	

注 1) 性差の検定は，離散量には $\chi^2$ 検定を，連続量にはt検定を行った。

2) \*\*  $p < 0.01$ ，\*  $p < 0.05$ ，ns = 有意差無し

結 果

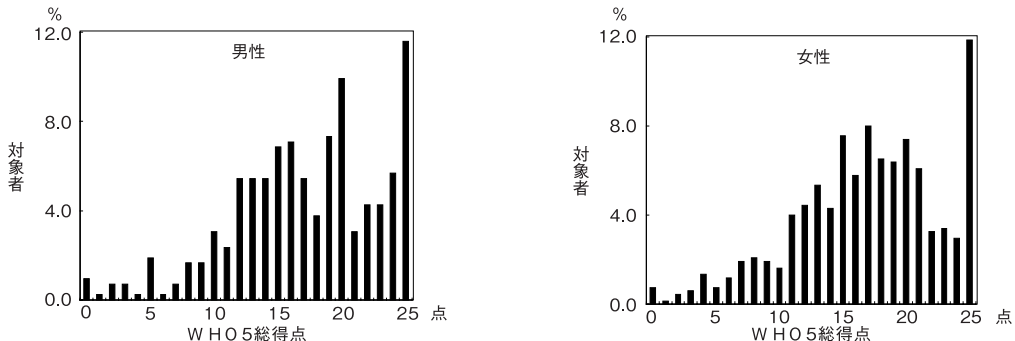
（1）対象者基本属性

対象者基本属性を性別に示した（表1）。ひとり暮らし，高次生活機能において性差が認められ，男性のほうが女性よりもひとり暮らし者の割合が少なく，高次生活機能非自立者の割合が多かった。

（2）WHO 5 総得点の分布形状ならびに内的整合性

WHO 5 総得点の分布の形状を図1に示した。

図1 WHO 5 総得点の分布

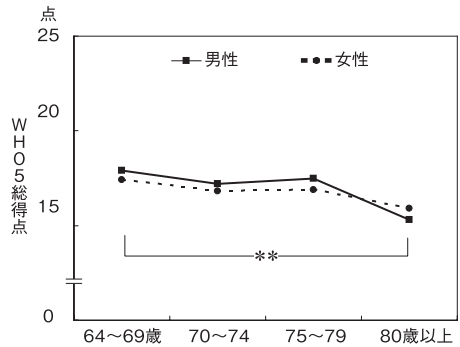


男性では、歪度が - 0.59, 尖度が0.04, 女性では歪度が - 0.52, 尖度が - 0.11であった。WHO5における5項目の係数は, 男女とも0.81であった。

(3) WHO5 総得点の性差ならびに年齢差

WHO5 総得点の性差ならびに年齢差について図2に示した。WHO5 総得点の平均値±標準偏差は, 男性では, 64~69歳群が17.9±5.6, 70~74歳群が17.2±5.1, 75~79歳群が17.5±5.5, 80歳以上群が15.3±6.9, 女性では, 64~69歳群が17.4±5.7, 70~74歳群が16.8±5.4, 75~79歳群が16.9±5.5, 80歳以上群が15.9±6.1であった。Wilcoxonの順位和検定を行ったところ性差は有意でなかった。次いで,

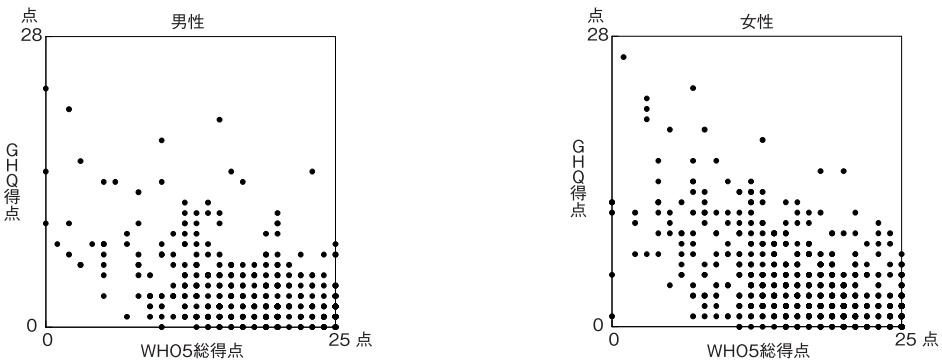
図2 WHO5 総得点の性別・年齢別比較



注 Kruskal-Wallis 検定, \*\* p = 0.0012

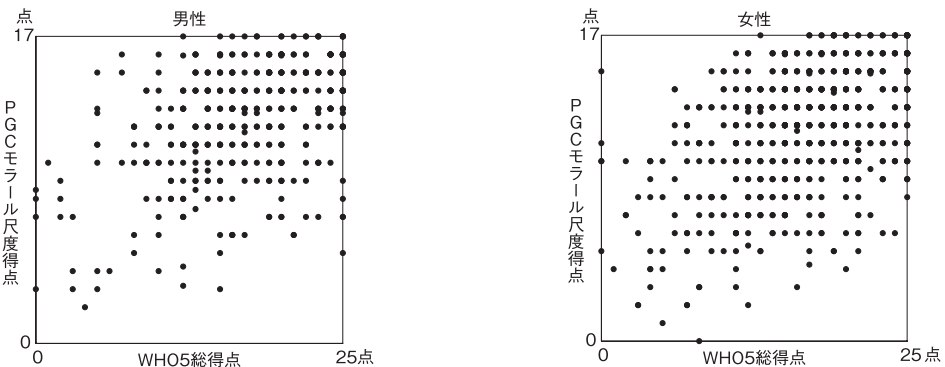
Kruskal-Wallis 検定を行ったところ年齢差が有意であり ( p < 0.01 ), 多重比較の結果, 80

図3 WHO5 総得点と GHQ 得点<sup>1)</sup>の相関関係



注 1) GHQ:「General Health Questionnaire28項目版」(得点範囲: 0~28点), 得点が高いほど精神的健康が悪いことを意味する。  
2) Spearmanの順位相関係数, 男性: - 0.40, 女性: - 0.48  
3) 図3, 図4とも図中の点は必ずしも1人の対象者を示すものではない。

図4 WHO5 総得点と PGC モラル尺度得点<sup>1)</sup>の相関関係



注 1) PGC モラル尺度:(得点範囲: 0~17点), 得点が高いほど主観的幸福感が良好であることを意味する。  
2) Spearmanの順位相関係数, 男性: 0.41, 女性: 0.44

歳以上群が64～69歳群よりも値が低かった ( $p = 0.0012$ )。また、WHO 5 総得点13点未満で定義した「精神的健康悪化」者の割合は、男性では、64～69歳群が15.3%、70～74歳群が21.0%、75～79歳群が16.7%、80歳以上群が30.6%、女性では、64～69歳群が20.5%、70～74歳群が19.5%、75～79歳群が20.3%、80歳以上群が25.8%であった。

(4) WHO 5 総得点と既存の精神的健康測定尺度間の関連

WHO 5 総得点と既存の精神的健康測定尺度 (GHQ ならびに PGC モラル尺度) との相関係数を性別に算出し、散布図を示した (図 3, 図 4)。WHO 5 総得点と GHQ 間の相関係数は、男性で -0.40、女性で -0.48、WHO 5 総得点と PGC モラル尺度得点間の相関係数は、男性で 0.41、女性で 0.44 であった。

(5) WHO 5 総得点と社会経済的要因ならびに身体的要因間の関連

WHO 5 と社会経済的要因ならびに身体的要因との関連を性別に検討した (表 2)。男性では、ひとり暮らし ( $p < 0.01$ )、経済状態 ( $p < 0.05$ )、ソーシャル・サポート ( $p < 0.01$ )、1年以内の入院有無 ( $p < 0.01$ )、がん ( $p < 0.05$ )、身体的痛み ( $p < 0.01$ )、高次生活機能 ( $p < 0.01$ )、握力 ( $p < 0.01$ )、健康度自己評価 ( $p < 0.01$ ) において、女性では、教育歴 ( $p < 0.01$ )、経済状態 ( $p < 0.01$ )、ソーシャル・サポート ( $p < 0.01$ )、1年以内の入院有無 ( $p < 0.01$ )、脳卒中 ( $p < 0.01$ )、心臓病 ( $p < 0.05$ )、糖尿病 ( $p < 0.01$ )、がん ( $p < 0.01$ )、身体的痛み ( $p < 0.01$ )、高次生活機能 ( $p < 0.01$ )、握力 ( $p < 0.01$ )、健康度自己評価 ( $p < 0.01$ ) において、WHO 5 総得点の群間差が認められた。

表 2 WHO 5<sup>1)</sup>と社会経済的要因、身体的要因の関連

	男性		女性	
	平均値 ± 標準偏差	検定 <sup>4)</sup>	平均値 ± 標準偏差	検定 <sup>4)</sup>
教育歴				
初等教育	16.7 ± 5.9	ns	15.8 ± 5.9	* *
中等教育以上	17.3 ± 5.7		17.3 ± 5.4	
ひとり暮らし				
独居	13.9 ± 6.7	* *	17.3 ± 5.9	ns
家族と同居	17.4 ± 5.6		16.7 ± 5.6	
経済状態				
悪い	16.3 ± 6.1	*	15.8 ± 5.8	* *
良い	17.7 ± 5.3		17.4 ± 5.4	
ソーシャル・サポート <sup>2)</sup>				
低い	14.8 ± 5.6	* *	15.2 ± 5.4	* *
高い	19.4 ± 4.8		18.7 ± 5.5	
1年以内の入院有無				
入院有り	14.5 ± 6.0	* *	14.1 ± 6.5	* *
入院無し	17.6 ± 5.6		17.2 ± 5.5	
脳卒中				
有り	15.6 ± 5.4	ns	13.4 ± 6.8	* *
無し	17.2 ± 5.7		17.0 ± 5.6	
心臓病				
有り	17.1 ± 5.6	ns	15.3 ± 5.3	*
無し	17.1 ± 5.7		16.9 ± 5.7	
高血圧				
有り	16.6 ± 5.5	ns	16.4 ± 5.8	ns
無し	17.5 ± 5.8		17.0 ± 5.6	
糖尿病				
有り	17.2 ± 5.5	ns	14.1 ± 5.5	* *
無し	17.1 ± 5.8		17.1 ± 5.6	
がん				
有り	14.7 ± 6.4	*	14.1 ± 4.7	* *
無し	17.3 ± 5.6		16.9 ± 5.7	
身体的痛み				
有り	13.3 ± 7.4	* *	14.1 ± 6.8	* *
無し	17.5 ± 5.5		17.2 ± 5.4	
高次生活機能 <sup>3)</sup>				
非自立	14.8 ± 6.1	* *	14.6 ± 6.1	* *
自立	18.7 ± 4.9		17.9 ± 5.1	
握力 <sup>2)</sup>				
低い	15.9 ± 6.2	* *	15.9 ± 5.8	* *
高い	18.5 ± 6.2		17.7 ± 5.4	
健康度自己評価				
悪い	13.2 ± 6.4	* *	13.8 ± 6.3	* *
良い	18.2 ± 5.1		17.9 ± 5.1	

注 1) WHO 5 : 「WHO-5 精神的健康状態表」(得点範囲 : 0 ~ 25 点), 得点が高いほど精神的健康が良好であることを意味する。  
 2) 中央値で男女別に 2 群に分割した。  
 3) 老研式活動能力指標で測定し (13 点満点), 11 点未満の者を「高次生活機能 (非自立)」, 11 点以上の者を「高次生活機能 (自立)」と定義した。  
 4) Wilcoxon の順位和検定を行った。\* \*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ , ns = 有意差無し

考 察

WHO 5 総得点は、男女とも得点の高い方に歪んだ形状を呈した。WHO 5 総得点には性差は認められなかった。WHO 5 総得点には年齢差が認められ、80歳以上の高齢者は64～69歳の高齢者よりも得点が低いことが示された。

WHO 5 の 5 項目における 係数は男女とも 0.81 であり、WHO 5 の信頼性は十分に高いこ

とが確認された。

WHO 5 は、既存の精神的健康測定尺度 (GHQ, PGC モラル尺度) との間に中等度の相関関係が見いだされ、これらを外部基準とした場合の妥当性を有していることが示唆された。

WHO 5 は、精神的健康を規定する社会経済的要因 (教育歴, ひとり暮らし, 経済状態, ソーシャル・サポート)<sup>17) 19) 22)</sup> や身体的要因 (1年以内の入院, 生活習慣病, 身体的痛み, 握力, 高次生活機能, 健康度自己評価)<sup>9) 17) 23) 27)</sup> との間に関連が認められた。

上記より, WHO 5 は信頼性ならびに妥当性を有しており, 地域高齢者の精神的健康を測定する簡易の尺度として有用であることが考えられる。

最後に本知見の限界を記す。本研究は地域高齢者を対象として WHO 5 の信頼性ならびに妥当性の検討を行ったゆえ, 知見の一般化に際し注意が必要である。今後は, 職域集団や身体的・精神的疾患の患者群等を対象とした検討が課題となるであろう。

#### 謝辞

本稿のご高閲を賜りました粟田主一先生 (仙台市立病院神経精神科・認知症疾患センター) に厚く御礼申し上げます。

本研究の一部は, 文部科学省科学研究費補助金 (特定領域研究: 番号16091216 「後期高齢者の機器, 環境情報の利用実態および心理的障壁の解明とその対策の検討」) の助成を受け実施した。

#### 文 献

- 1) 高橋祥友. 老年期精神障害 高齢者の自殺. *Geriatric Medicine* 1999; 37: 990-4.
- 2) Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93: 1976-80.
- 3) Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 4-11.
- 4) Takeshita J, Masaki K, Ahmed et al. Are depressive symptoms a risk factor for mortality in elderly Japanese American men?: the Honolulu-Asia Aging Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1127-32.
- 5) Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM et al. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA* 1995; 273: 1348-53.
- 6) Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L et al. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998; 279: 1720-6.
- 7) Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA et al. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 833-8.
- 8) Unutzer J, Patrick DL, Simon G et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA* 1997; 277: 1618-23.
- 9) 長田久雄, 柴田博, 芳賀博, 他. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. *日本公衆衛生雑誌* 1995; 42: 897-909.
- 10) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 他. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学* 1985; 27: 717-23.
- 11) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き. 東京: 日本文化科学社; 1985.
- 12) 福西勇夫. 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. *心理臨床* 1990; 3: 228-34.
- 13) 森克美, 川久保清, 李廷秀. 日本語版 SF-36 を用いた地域住民の HRQOL の測定. *厚生指標* 2002; 49(11): 1-6.
- 14) 石原治, 中仲順子, 中里克治, 他. 5 年間に於ける改訂 PGC モラルスケール得点の安定性. *老年社会科学* 1999; 21: 339-45.
- 15) Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol* 1975; 30: 85-9.
- 16) WHO 5 ホームページ. <http://www.who-5.org/>.
- 17) Awata S, Bech P, Koizumi Y et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr* 2007; 19: 77-88.
- 18) Awata S, Bech P, Yoshida S et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 112-9.
- 19) Kim JM, Shin IS, Yoon JS et al. Prevalence and

- correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 ; 17 : 409-15 .
- 20) 川本龍一, 吉田理, 土井貴明. 地域在住高齢者の精神的健康に関する調査. *日老医誌* 2004 ; 41 : 92-8 .
- 21) Kivela SL, Pakkala K. The prognosis of depression in old age. *Int Psychogeriatr* 1989 ; 1 : 119-33 .
- 22) 村岡義明, 生地新, 井原一成. 地域在宅高齢者のうつ状態の身体・心理・社会的背景要因について. *老年精神医学雑誌* 1996 ; 7 : 397-407 .
- 23) Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J et al. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 774-8 .
- 24) 井原一成. 地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究. *日本公衛誌* 1993 ; 40 : 85-94 .
- 25) Karp JF, Weiner D, Seligman K et al. Body pain and treatment response in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 13 : 188-94 .
- 26) 増地あゆみ, 岸玲子. 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察 ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に. *日本公衛誌* 2001 ; 48 : 435-48 .
- 27) Bruce DG, Davis WA, Starkstein SE et al. A prospective study of depression and mortality in patients with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetologia* 2005 ; 48 : 2532-9 .
- 28) 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 他. 中高年期におけるライフイベントとその影響に関する心理学的研究. *老年社会科学* 1995 ; 17 : 40-56 .
- 29) 成田健一. 日本版 General Health Questionnaire の因子構造 - 28項目版を用いて - . *老年社会科学* 1994 ; 16 : 19-28 .
- 30) 古谷野亘. 生きがいの測定 - 改訂 PGC モラール・スケールの分析 - . *老年社会科学* 1981 ; 3 : 83-95 .
- 31) 古谷野亘. モラール・スケール, 生活満足度および幸福感尺度の共通次元と尺度間の関連性 (その2). *老年社会科学* 1983 ; 5:129-42 .
- 32) Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol* 1991 ; 47 : 756-61 .
- 33) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性 - 中高年者を対象とした検討 - . *厚生指標* 2007 ; 54(6) : 26-33 .
- 34) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定 老研式活動能力指標の開発. *日本公衛誌* 1987 ; 34 : 109-14 .
- 35) 古谷野亘, 橋本迪生, 府川哲夫, 他. 地域老人の生活機能 老研式活動能力指標による測定値の分布. *日本公衛誌* 1993 ; 40 : 468-74 .

## 生活機能分類の活用に向けて

### —ICF（国際生活機能分類）：活動と参加の基準（暫定案）—

国際生活機能分類の具体的活用のための必携解説書

厚生労働省大臣官房統計情報部編

ICF 国際生活機能分類の概要をわかりやすく解説

「活動」と「参加」の具体的な評価方法について解説

ICF を実際に活用するための「活動」と「参加」の評価点基準

（暫定案 - 平成19年3月版）を具体的使用例とともに収載

付録として「活動」と「参加」関連のICF 詳細分類と項目定義を収載

定価800円（税込） A 4 判 68ページ

ご注文はお近くの書店へ

財団法人 厚生統計協会 03-3586-3361